

HYVIEN KÄYTÄNTÖJEN HAUTAJAISET?¹

Kirjoitin artikkelissani *Asumispalvelujen hankinnan kehykset* (Kuntoutus 4/2016) seuraavasti:

”Palvelutuottajien asettaminen kilpailu- tuksissa ’samalle viivalle’ on johtanut palvelujen standardisointiin. Monet standardeista poikenneet keskiuuret ja pienet palvelun tuottajat ovat kadonneet palvelutuotannon kentältä. Standardisointi ei ole paras vaihtoehto palvelujen laadun ja tuloksellisuuden turvaamiseksi. Historiallisesti merkittävä enemmistö mielenterveys- ja päihdepalvelujen ’hyvistä käytännöistä’ on poikennut radikaalisti oman aikansa standardipalveluista.” (Salo 2016.)

Tuore matka Sosiaalipedagogisen säätiön kanssa Roomaan ja Aquilaan antoi aiheen pohdittua, onko tuntemillani mielenterveystyön hyvillä käytännöillä oleellisia yhteisiä nimittäjiä. Avaan aluksi kolmen hyvän käytännön ydintekijöitä, minkä jälkeen pohdin niiden yhteisiä piirteitä. Lopuksi palaan kysymykseen, onko hyville käytännöille elintilaa sote-Suomessa.

Italian psykiatrinen reformi

Italian reformi käynnistyi vuonna 1961, kun Gorizian mielisairaalan johtajaksi valittiin Franco Basaglia (1924–1980) kieltäytyi hyväksymästä potilaisiin kohdistettavia fyysisiä tai psyykkisiä pakkokeinoja. Sairaalan sisäistä demokratisointia edistettiin päivittäisillä yleiskokouksilla ja rakentamalla arkista vuorovai- kutusta terapeuttisen yhteisön pelisääntöjen

mukaan. Olennaista oli viljellä kuuntelemisen ja kuulemisen kulttuuria. Basaglia sovelsi fenomenologista filosofiaa ja psykiatria asettamalla mielisairausten sulkumerkkeihin, koska emme tunne sairauden biologisia, psykologisia, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia vaikutusmekanismeja. Kuntoutumisen toivo ja haaste asetettiin potilaiden käsittämättömiltä vaikutaneiden ilmausten ymmärtämiseen, arkisen vuorovaikutuksen rakentamiseen ja yhdessä tekemiseen. (Ongaro Basaglia 1981; 1982.)

Psykiatrisen reformin ensimmäinen vaihe pysähtyi sairaalan portille, kun paikallisviranomaiset kieltäytyivät tarjoamasta asuntoja uloskirjoitetuille potilaille. Työntekijät joukkokortisanoutuivat ja reformin eturintama löysi – Parman epäonnistumisen jälkeen – uuden mahdollisuuden kristillisdemokraattien valituneesti hallinnoimasta Triesten kaupungista. Vuonna 1971 alkanut 1200 potilaan mielisairaalan sulkeminen kesti seitsemän vuotta. Se perustui yhteiskunnalliseen mielenterveystyöhön, jonka kivijalka muodostui kolmesta rakenteesta: avomielenterveyspalveluista, sosiaalisesta yritystoiminnasta ja kansalaisaktiivisuudesta. Triesten ”hyvässä käytännössä” näitä kolmea rakennetta jalostettiin kiinteässä yhteydessä toisiinsa. Avomielenterveyspalvelut turvasivat hoidon jatkuvuuden ja kokonaisvaltaisuuden. Sosiaalisessa yritystoiminnassa entisistä sairaalapotilaista, jotka olivat korvauksetta siivonneet osastojen käytäviä ja hoitaneet sairaalan puutarhoja, tuli osuuskuntien palkallisia työntekijöitä. Kansalais-

¹ Artikkelini on omistettu kansalais- ja käyttäjälähtöisen mielenterveystyön pioneerin Raimo Matikaisen (1949–2017) muistolle.

toiminnassa kuntoutujat, taiteilijat ja muut kansalaiset kohtasivat ensi kertaa tasavertaisina toimijoina ja kumppaneina. Kysymys ei enää ollut siitä, kuka oli terve ja kuka oli sairas, vaan kuinka kyetään luomaan tasavertaisuutta edistäviä yhdessä elämisen (conviviality) rakenteita. (Convivialist Manifesto 2014; Salo 1996.)

1970–1980-luvuilla mielenterveystyön hyviä käytäntöjä rakennettiin vahvasti muutamilla paikkakunnilla Italiassa (Arezzo, Ferrara, Imola, Perugia, Torino ja Trieste). 1990-luvulla luetteloon voidaan lisätä Verona ja Livorno, missä vastikään avattiin niin kutsuttu recovery-keskus. Sen tarkoituksena on rakentaa siltaa julkisista palveluista käyttäjien kansalais-toimintaan ja näin vahvistaa kuntoutumisen jatkuvuutta. (Pini 2017.)

Italian psykiatrisesta reformista muodostui suomalaiselle psykiatrikunnalle ja muille mielipidevaikuttajille kuuma peruna ja aktiivisen torjunnan kohde. Myytiksi muodostui sen ihmettely, mihin ”oikeat skitsofreenikot” on Italiassa piilotettu. Suomalaisien on ollut lähes mahdotonta ymmärtää, kuinka suurkaupunki ilman psykiatrista osastohoitoa voisi olla mahdollinen. Sen, mikä tuntuu mahdottomalta Suomessa, pitäisi olla sitä muuallakin. Onko siis tunnettu syyllisyyttä siitä, ettemme itse ole kyenneet vastaavaan?

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin avoin dialogi

Tutustuin ensi kertaa niin kutsuttuun Keroputaan malliin Torniossa vuonna 1993. Ensimmäisestä vierailupäivästäni lähtien toimintatavassa oli jotakin Suomen oloissa hyvin poikkeuksellista. Silmiinpistävintä oli hoidollinen pyrkimys psykiatrisen sairaalahoidon ennalta ehkäisemiseen. Pyrkimys ei ollut ensisijaisesti taloudellinen eikä hallinnollinen. Hoidollisesti moniammatillinen mielenterveystyön osaaminen vietiin välittömästi, joustavasti ja liikkuvasti psyykkisesti hädänalaisten ihmisten koteihin. Hoidon jatkuvuutta ja hoitovastuun jakamattomuutta vahvistettiin verkostoitumalla muiden viranomaisten kanssa. Samalla kannustettiin hädänalaisen ihmisen

perheenjäseniä ja merkittäviä läheisiä osallistumaan hoitoon ja kuntoutukseen, mistä muutamassa vuodessa vakiintui pysyvä käytäntö.

Paneuduttuani hoitomalliin myöhemmin koulutuspalvelujen hankkijana avoimen dialogin periaatteet avautuvat seikkaperäisemmin. Psyykkisen kriisin kroonistumisen välttäminen edellyttää – paradoksaalisesti tai ei – vahvaa ammatillista epävarmuuden sietoa, sillä avoin dialogi ei perustu diagnooseille, vaan ainutkertaisen hädänalaisen tilanteen kuuntelulle, kuulemiselle ja tilanteeseen osallistuvien ymmärryksen käytölle sen tulkitsemisessa. ”Kukaan ei tiedä”, mistä on kysymys ja mikä on paras mahdollinen ulospääsyreitti hädän labyrintista. Yhdistämällä kaikkien asiansaisten voimavarat on saatu erinomaisia kuntoutustuloksia ja vältetty tarpeettomaksi osoittautunutta osastohoitoa. Merkittävä osa riittävän varhain hoidon piiriin tulleista hädänalaisista on palannut työelämään. Myös psyykelääkkeiden määrääminen ja käyttö on asettunut avoimen dialogin hyvässä käytännössä kohtuulliselle tasolle. Tämä on ymmärrettävää, sillä toiminnan ytimessä ei ole oireiden (kemiallinen) hallinta, vaan inhimillisen kokonaistilanteen ymmärtäminen ja ratkaisujen etsiminen välttämällä psyykkisen kriisin kroonistumista, joka usein johtaa sairaalakierteeseen ja yhteiskunnasta syrjäytymiseen. (Seikkula & Alakare 2012.)

Tapaamani brasilialaiset, italialaiset ja saksalaiset mielenterveystyön ammattilaiset ovat pääsääntöisesti olettaneet, että avoimen dialogin hoitomalli on vallitseva käytäntö koko Suomessa. Näin ei ole asianlaita, vaikka avoimen dialogin pioneerit ovat järjestäneet jo vuosikymmeniä koulutusta kotimaisilla ja ulkomaisilla areenoilla. Kuten Italiassa, hyvät käytännöt eivät ota levitäkseen – muutoin kuin niin, että käytännön sisäistäneet ja riittävän vaikutusvaltaiset toimijat ovat siirtyneet työskentelemään paikkakunnalta toiselle.

Tornion seudun avoimen dialogin käytännöstä on muodostunut suomalaisessa valtaviirtapsykiatriassa epäilyn ja aktiivisen torjunnan kohde. Toimintatapaa on arvosteltu kustannustehottomaksi tai epätäydelliseksi. Käsitksen mukaan sen, mikä tuntuu mahdottom-

malta muualla Suomessa, tulisi olla sitä Torniossakin. Standardikäytännöissä ei ole kyetty psyykkisten kriisien keston lyhentämiseen, ja kroonikoistuminen on siirretty kasvavien asumispalvelumarkkinoiden kontolle. Psykiatrisen hoidon tulokset eli niiden puute on näppärästi siirretty hoitojärjestelmän ulkopuolelle – eikä näköpiirissä ole, että sote-uudistus muuttaisi asiointitilaa ratkaisevasti.

Mielenterveyden keskusliiton kokemustutkimus- ja arviointitoiminta

Vuosina 2007–2010 koulutin mielenterveys- ja päihdekuntoutujia sekä pitkäaikaisasunnottomia ja johdin neljää kokemustutkimuksen ja -arviointin tutkimus- ja kehittämishanketta. Aloittaessani havahtuin melko nopeasti siihen, etteivät omaksumani akateemiset ja muut opetusmenetelmät toimineet. Koulutettavan tulisi kyetä erottamaan oma kokemuksensa muiden kokemuksista, jotta hän kykenisi hyödyntämään kokemustaan asianmukaisesti tutkimusasetelmien laadinnassa, tutkimushaastatteluissa ja -analyysissä. Tämä edellytti luottamuksellista oman elämäntarinan läpikäyntiä pienryhmissä.

Havahtuin myös siihen, ettei mielenterveysinstituutioiden historia tai mielenterveys-sosiologia toimi opetuksen pääsisältönä. Kun tavoitteena oli luoda edellytyksiä kokemuksesta kumpuaville merkittävälle tutkimuskysymyksille, kouluttajan rooli muuttui ”enemmän tietävästä vähimmin tietäväksi”. Kokemuskoulutuksen sokraattisen toiminnan ytimessä on yksilöllisen ja jaetun yhteisöllisen kokemuksen kuunteleminen ja kuuleminen – unohtamatta sitä, että kokemusten erilaisuus luo aina mahdollisuuden olennaisen tutkimuskysymyksen muodostumiselle.

”Kokemus” osoittautui perin moniulotteiseksi ilmiöksi. Omaa yksilöllistä ja tutkimusryhmässä jaettua yhteisöllistä kokemusta voitiin käyttää tutkimusmenetelmänä. Omalle ja muiden kokemuksille perustuvat elämäntarinat voitiin asettaa myös tutkimuksen kohteiksi. Kolmanneksi, reflektoidun kokemuksen avulla voitiin arvioida psykiatrisen ja hoito-opillisen tiedon puutteita ja systemaattisia

väärinymmärryksiä, testata tiedon ja kokemuksen vastaavuutta ja analysoida vastaimattomuuden syitä. Lopuksi, reflektoitua kokemusta voitiin käyttää arviointitiedon tuottamisessa. (Salo 2010.)

Kokemustutkimuksen merkitys ei koske vain sitä, ketkä tietoa tuottavat ja mistä lähtökohdista. Vasta hankkeiden päättymisen jälkeen kykenin ymmärtämään, että (kokemus) asiantuntijana mielenterveyskuntoutujalla on mahdollisuus siirtyä yhteiskunnan marginaalista sen keskiöön, tutkijana, arvioitsijana ja aktiivisena kansalaisena. Asiantuntijan tulisi saada yhteiskunnalle ja palvelujärjestelmälle tekemistään palveluksista ja vaivannäöstä ansaitsemansa taloudellinen korvaus. Osuvimmin asian on tiivistänyt yhteiskuntafilosofi Nancy Fraser, joka liittyy toisiinsa taloudellisen uusjaon (redistribution), kulttuurisen tunnustetuksi tulemisen (recognition) ja poliittisiin prosesseihin osallistumisen (representation). Tiivistetysti, ”kokemusasiantuntijan” tittelillä on kovin vähän merkitystä, ellei siitä seuraa taloudellisen tilanteen kohentumista ja poliittisten vaikutusmahdollisuuksien lisääntymistä. Sanomattakin on selvää, että asiantuntijan on ansaittava asemansa käyttämällä asiantuntemustaan, ei esimerkiksi nimeämällä itsensä asiantuntijaksi – tai vielä pahemmassa tilanteessa antamalla muiden tehdä niin. (Fraser 2009.)

Kokemustutkimuksen ja -arviointin kariroituminen Suomessa oli monitahoinen ilmiö. Yhdeksi rintamalinjaksi muodostui nyt itsenäisenä toimijana lakkautetun Raha-automaattiyhdistyksen hyvinvointipoliittinen linjanmuutos: mielenterveys- ja päihdepalvelujen kokemusasiantuntijat kuuluvat kansalaisyhteiskuntaan. Kokemustutkimus loi mahdollisuuden sillan rakentamiseen kansalaisyhteiskunnasta julkishallintoon, vaikuttamiseen ja markkinoille, esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden sosiaalisen yritystoiminnan ja yhteisöllisen työvoiman myynnin muodossa. Onko sillanrakennus elvytettävissä sote-Suomessa, missä viimeiset aidon itsenäisen roolin kantajat ovat tilaaja-managereita, jotka puolestaan ovat vain ja ainoastaan tilaamisen asiantuntijoita? (Salo 2016.)

Hyvien käytäntöjen yhteiset nimittäjät

Edellä kuvattujen ja varsin erilaisten hyvien käytäntöjen ensimmäistä yhteistä nimittäjää kutsun ”radikaalin ei:n periaatteeksi”. Hyvät käytännöt ovat ponnistaneet vallinneiden asiointilojen sietämättömyydestä ja kielloista: ”ei pakkokeinojen käytölle”, ”ei osastohoidolle ja psyykkisten kriisien pitkittämiselle”, ”ei kokemuksen kiellolle ja koulutettujen ylivallalle”. Toista kutsun ”kuuntelemisen ja kuulemisen periaatteeksi”. Kiintoisaa on, että dialogisen vuorovaikutuksen avautuminen on seurannut välittömästi radikaalista kiellon periaatteesta. Yhteisöllinen kuunteleminen ja kuuleminen on demokratisoitumiskehityksen merkittävä avain.

Hädänalaisten ja sorrettujen hoito, kuntoutus ja pedagogiikka edellyttävät tieto- ja valta-asetelman tuolle puolen avautuvaa dialogisuutta. Se on muodostanut kompassin kohti demokraattista vuorovaikutusta ja kulttuuria. Paolo Freiren sorrettujen pedagogiikalla ja Keroputaan avoimen dialogin periaatteilla on yllyttävän paljon yhteistä, mikä selittyy sillä, että molempien aatehistoriallisesta taustasta löytyy Mihail Bahtinin ja Søren Kierkegaardin vaikutusta.

Kolmanneksi, yhteistä on ollut tiedon muodostuminen paikallisesti. Vaikka Italian reformistit ottivat vaikutteita Maxwell Jonesin terapeuttisista yhteisöistä, torniolaiset Milanon perheterapeuttiselta koulukunnalta ja kokemustutkimus sen brittiläisiltä pioneereilta, ratkaisevaa oli toiminnan teorian ja käytännön vuorovaikutteinen kehittyminen paikallisesti. Kehitystä ei tapahdu ilman onnistumisten ja epäonnistumisen analyysiä, tarvittavia kurssin muutoksia, tavoitteiden tarkistusta ja jatkuvaa seurantaa. Tiedon tuotannon kannalta monet hyvät käytännöt ovat kompassuneet dokumentoinnin heikkoon laatuun tai olemattomuuteen.

Neljänneksi, edellä kuvatut käytännöt sisältävät rakenteellisten muutosten siemeniä. Italian reformin merkitys on painoarvoltaan merkittävin, sillä avoimen dialogin ja kokemusasiatuntemuksen käytännöt olisivat

hyötyneet sosiaalisen yritystoiminnan rakenteista. Nyt Italian (viimeiset?) reformistit opiskelevat ahkerasti suomalaista avointa dialogia. Italialaisen kulttuurin paternalistisuus on ehkäissyt merkittävästi kokemusasiatuntemuksen läpimurtoa. Hyvistä käytännöistä voisi tulla ”parempia käytäntöjä” transkulttuurisen rakenteellisen mielenterveystyön ja kulttuurivaihdon välityksellä.

Reformisti sote-maassa

Onko näillä pohdinnoilla yhteyttä suomalaisen mielenterveystyön nykytodellisuuteen? Hyvien käytäntöjen mahdollisuudet on Suomessa työnnetty marginaaliin, mikä on aiheutunut hallinnollisista ja väärin ymmärretyistä taloudellisista syistä. Tilaa- ja tuottaja-mallin managerialismi estää rakenteellisesti hyvien käytäntöjen muodostumista, sillä managerialismia ei voida rakentaa edellä kuvatun kaltaiselle tietämättömyydelle (vaikka tilaajat eivät tunnekaan mielenterveystyön todellisuutta riittävästi). Sitä ei voida rakentaa dialogin periaatteelle, ainakaan niin kauan kuin monikansalliset suuryritykset saavat irtisanoutua vuoropuhelusta liikesalaisuuksiin vetoamalla. Tilaa- ja managerit eivät ole omaksuneet toimintatapoja, joissa kaikilla asianosaisryhmillä olisi mahdollisuus osallistua palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja päätöksentekoon. Kuvaavaa on, että edellä kuvatuissa hyvisissä käytännöissä päätöksenteko, taloudellinen vastuu ja palvelutuotanto olivat pääosin samoissa käsissä, minkä mahdollisuuden tilaa- ja tuottaja-managerialismi purkaa.

Dialogisuuden puute, päätöksenteon epädemokraattisuus ja sen erkaantuminen käytännön hoito-, kuntoutus- ja kehittämistyöstä tulevat vakavasti rajoittamaan uusien hyvien käytäntöjen muodostumista. Vahvin este on kuitenkin kustannustietoisuuden väärinymmärtäminen managerialismissa. Liikkeelle lähdetään kustannussäästöistä (”kuka tuottaa palvelut edullisimmin”), ei siitä, että hyvien käytäntöjen ansiosta kustannuksissa voidaan säästää. Hyvät käytännöt eivät ole olleet edullisimpia eivätkä kalleimpia, koska niissä on tähdätty käyttäjien elämänhallinnan voittokulkuun,

ei yritysten taloudelliseen voittoon. Taloudellisen aseman kohentuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa soveltuu ainoastaan käyttäjien ja perushenkilöstön asemaan. Nykysuhdanteessa taloudellista tulosta tehdään myös heidän kustannuksellaan. Siksi sotessa tarvitaan siirtymistä yksikanavaiseen rahoitusjärjestelmään. Päätöksentekoa tulisi uudistaa niin, että siihen osallistuvat myös perushenkilöstö, palvelujen käyttäjät ja omaiset. Henkilökohtaisen valinnanvapauden retoriikan viljely järjestelmässä, joka tukee suur yritysten voiton tavoittelua, on samaa kuin loppuun kalutun luun nimittäminen vaurauden tyhjentymättömäksi lähteeksi.

(L)opetukseksi

Hyvien käytäntöjen siirtämisestä tai jopa monistamisesta on muodostunut hämmentävän piintynyt myytti. Ainakaan mielenterveyden historiaan paneutuminen ei tue myyttiä. Hyvistä käytännöistä voidaan toki ottaa oppia, mutta erilaisissa sosiokulttuurisissa todellisuuksissa uudistaminen on aina aloitettava alusta – sieltä, minne radikaali kielto on juuri noissa oloissa kohdistettava. Toinen asia on, että standardikäytäntöihin ja taloudelliseen voitontavoitteluun kannustava tilaaja-tuottaja-malli muodostuu uusien hyvien käytäntöjen ja innovaatioiden esteeksi.

Monikansallisten hoivayritysten verotusta koskevassa ajankohtaisessa keskustelussa on jäänyt täysin huomiotta, että yksityisen voiton tavoitteluun perustuva toiminta tuottaa korkeintaan ”brändi-innovaatioita”, jotka loppupelissä muodostuvat valtion ja kansalaisten lisääntyviksi kustannuseriksi. Terveessä yhteiskunnassa valtion, markkinoiden ja kansalaisyhteiskunnan välillä vallitsee kohtuuteen perustuva tasapaino ja kolmikantainen tili-velvollisuus. Yksi hyvien käytäntöjen tuloksellisuuden kriteeri on ollut, että ne ovat onnistuneet edes pienimuotoisesti rakentamaan tasapainoisemman yhteiskunnan kehitysmahdollisuuksia.

Hyviinkin käytäntöihin sisältyy aina demagogisoitumisen, oikeaoppisuuden ja taantumisen mahdollisuus. Usein uudistajia seu-

ranneet sukupolvet ovat kadottaneet koskeuksensa siihen kokemukselliseen yhteyteen, mistä hyvä käytäntö on kummunnut. Ulkoisten olosuhteiden muuttuessa käytäntöjen uudistaminen ja uudelleen arviointi on siksi kaksin verroin hankalampaa – ja tärkeämpää. Yhteiskunnallisen epäoikeudenmukaisuuden, psyykkisen kärsimyksen ja toivonriikkaan rakenteellisen mielenterveytyön liikevoimat voivat aina jämähtää paikoilleen, jolloin reformista jää jäljelle pelkkä julkisivu, dialogisesta liikkeestä pelkkä koulutustuotteenä myytävä metodi tai kokemusasiantunteuksesta vaihtoarvoton nimike. Siinä tilanteesta on syytä palata lähtöruutuun ja kysyä, keitä varten, miten ja miksi.

Markku Salo, YTT, vapaa tutkija

Lähteet

- Ongaro Basaglia F (toim.) (1981) Franco Basaglia. Scritti I: 1953–1968. Dalla psichiatria fenomenologica all' esperienza di Gorizia. Einaudi, Torino.
- Ongaro Basaglia F (toim.) (1982) Franco Basaglia. Scritti II: 1968–1980. Dall' apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica. Einaudi, Torino.
- Convivialist Manifesto (2014) A Declaration of Interdependence. Centre for Global Cooperation Research. Duisburg. (60 intellektuellin allekirjoittama teksti.)
- Fraser N (2009) Scales of Justice: Reimagining Political Space in a Globalizing World. Columbia University Press, New York.
- Pini P (2017) Suullinen tiedonanto. Rooma 4.3.2017.
- Salon M (1996) Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalariformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Salon M (2010) Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusravioinnin kohteina. ITHACA-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Salon M (2016) Asumispalvelujen hankinnan kehukset. Kuntoutus 4, 17–28.
- Seikkula J, Alakare B (2012) Open Dialogues Mobilizes the Resources of the Family and the Patient. Teoksessa M Romme, S Escher. Psychosis as a Personal Crisis. An Experience-Based Practice. Routledge, London.